



Cour III
C-5524/2016

Arrêt du 23 janvier 2019

Composition

Madeleine Hirsig-Vouilloz (présidente du collège),
Vito Valenti, Michael Peterli, juges,
Barbara Scherer, greffière.

Parties

A. _____, France
recourante,

contre

**Office de l'assurance-invalidité pour les assurés
résidant à l'étranger (OAIE),**
Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100,
1211 Genève 2,
autorité inférieure.

Objet

Assurance-invalidité; refus de rente (décision du 22 août
2016).

Faits :**A.**

A._____ (ci-après : assurée ou recourante), ressortissante française née en 1967 et mère d'une fille née en 1993, a travaillé en Suisse en tant que frontalière (cf. copie du permis de frontalier du 17 septembre 2012 [AI pce 3 p. 1]) et a cotisé à l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité suisse depuis 1989 (AVS/AI; cf. extraits du compte individuel du 13 novembre 2013 [AI pce 15]). Dans les derniers emplois, elle a été engagée dans des services d'expédition (AI pces 14, 74 et 75 pp. 6 ss).

B.

Le 21 octobre 2013 (AI pce 1), l'assurée dépose une demande de prestations AI devant l'Office AI cantonal (ci-après : OAI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, des documents médicaux sont versés qui font d'abord état d'arthralgie et d'arthrite diffuses et ensuite aussi de signes de fibromyalgie (notamment : rapports des 7 septembre et 4 décembre 2013 du Dr B._____ [AI pces 16 et 17.4], rapport du 13 novembre 2013 du Dr C._____ [TAF pce 7 annexe 9]).

Dans le dossier sont également déposés le certificat d'aptitude professionnelle et les diplômes divers, les certificats de travail (AI pce 5) ainsi que le questionnaire pour employeur, rempli et signé le 14 novembre 2013 par le dernier employeur de l'assurée qui décrit notamment ses activités et indique les salaires 2012 et 2013 (AI pce 14).

C.

Par communication du 20 février 2014 (AI pce 21), l'OAI informe l'assurée qu'il met fin aux mesures de réinsertion et qu'il examine le droit à d'autres prestations. Il explique que les mesures professionnelles ne sont pas indiquées pour l'instant, l'assurée ayant communiqué qu'elle pensait suivre un traitement stationnaire dans une clinique de la douleur. L'OAI l'invite à déposer une nouvelle demande dès que la situation changera.

D.

L'instruction est poursuivie et des nouveaux rapports médicaux sont produits.

L'OAI organise une expertise bi-disciplinaire, portant sur les volets rhumatologique et psychiatrique. Par décision du 26 novembre 2014 (AI pce 39), il informe l'assurée de la nécessité de cette expertise médicale et communique les noms des experts ainsi que les questions qui leurs

seront soumises. Il accorde à l'assurée un délai de 10 jours pour transmettre d'éventuelles objections portant sur le genre de l'expertise, les spécialités prévues et les experts mandatés.

A la suite, sont produits en cause plusieurs nouvelles pièces médicales dont notamment le rapport du 29 juillet 2015 de l'expertise psychiatrique du Dr D. _____ (AI pce 47.1) qui atteste dès septembre 2014 une incapacité de travail de 15% pour un épisode dépressif léger ainsi que le rapport du 25 août 2015 de l'expertise rhumatologique du Dr E. _____ (AI pce 51.1) qui en raison de troubles somatiques estime que l'assurée ne peut plus exercer à compter du 11 juin 2013 son ancienne activité professionnelle mais une activité légère adaptée à ses atteintes, à plein temps et sans réduction de son rendement. Aucune incapacité de travail n'est reconnue pour le syndrome douloureux somatoforme persistant et la fibromyalgie que les experts diagnostiquent également. Ceux-ci confirment leurs évaluations individuelles dans le rapport de l'évaluation interdisciplinaire du 25 août 2015 (AI pce 52).

E.

Par pré-orientation du 11 novembre 2015 (AI pce 53), l'OAI communique à l'assurée qu'il entend rejeter sa demande de prestations. Il explique que selon l'expertise médicale bi-disciplinaire, une activité adaptée au handicap – soit une activité légère, permettant de changer de position sans devoir fréquemment soulever des charges mi-lourdes et impliquant seulement occasionnellement des travaux au-dessus de l'épaule – serait exigible à plein temps et que le taux d'invalidité déterminé de 20% ne donne pas droit à une rente.

L'assurée s'oppose à ladite pré-orientation, invoquant notamment qu'elle souffre nouvellement aussi de douleurs à la colonne lombaire et de limitations de déplacement (AI pce 55). Elle produit des nouveaux documents médicaux, un curriculum vitae (AI pce 63) et la décision du 1^{er} mars 2016 de la sécurité sociale française qui lui attribue une pension à partir du 7 janvier 2016 pour une invalidité réduisant des 2/3 au moins sa capacité de travail ou de gain (AI pce 71 p. 2).

F.

Le 21 mars 2016, l'Office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (ci-après : OAIE) reçoit de la part de l'institut national de la sécurité sociale française (ci-après : INSS) une demande de prestations d'invalidité que l'assurée a déposée le 7 janvier 2016 (E 204;

Al pce 73 pp. 3 et 18 ss). L'OAIE transmet cette demande pour compétence à l'OAI (Al pce 73 p. 1).

Des nombreux nouveaux rapports médicaux ont été versés avec cette demande de prestations dont le rapport médical détaillé E 213 du 25 février 2016, établi par le Dr F. _____ qui conclut que l'assurée ne présente plus aucune capacité de travail (Al pce 73 pp. 3 à 14).

Sont aussi produits en cause, l'attestation du 1^{er} mars 2016 concernant la carrière d'assurance en France (E 205; Al pce 73 pp. 33 ss), la notification du 1^{er} mars 2016 de la décision relative à une demande de pension (E 210; Al pce 73 pp. 29 ss) et deux questionnaires pour employeur, à savoir le questionnaire rempli et signé le 19 avril 2016 par l'avant-dernier employeur de l'assurée qui l'avait engagée du 11 juin 2007 au 31 mars 2012 – cet employeur indique que l'assurée ne présentait alors pas de restrictions de santé (Al pce 74) – et le questionnaire rempli et signé le 21 avril 2016 par le dernier employeur de l'assurée qui informe que le contrat de travail a pris fin le 31 mars 2014 ; il décrit une nouvelle fois l'activité de l'assurée et fait état des salaires 2012, 2013 et 2014 ainsi que des périodes d'incapacités de travail de l'assurée en 2013 (Al pce 75 pp. 6 ss).

G.

Par décision du 22 août 2016, l'OAIE rejette la demande de prestations de l'assurée. Il précise en substance que les rapports médicaux transmis dans le cadre du droit d'être entendu ne font pas état des nouveaux aspects en matière d'exigibilité de l'exercice d'une activité légère adaptée au handicap et que, selon lui, l'assurée ne présente pas une atteinte à la santé psychiatrique invalidante. Il mentionne également que l'OAI avait rendu par erreur une décision datée du 7 avril 2016 alors que celle-ci devait être notifiée par l'OAIE et qu'entretemps plusieurs documents ont été transmis qui ne contiennent cependant pas non plus des éléments objectifs nouveaux (Al pce 78).

H.

Le 8 septembre 2016, l'assurée interjette recours contre cette décision devant le Tribunal administratif fédéral (ci-après : TAF ou Tribunal), concluant implicitement à l'octroi d'une rente. Elle avance pour l'essentiel que son handicap est rhumatologique, souffrant de fibromyalgie et d'arthrose aiguë calcifiante et que selon l'expertise passée en France, elle présente un degré d'invalidité de 66%. Elle souligne que ses douleurs sont constantes et invalidantes, qu'il lui faut de l'aide pour accomplir certains gestes du quotidien, tels que les soins d'hygiène, les transferts et le port

de charges lourdes. Elle conteste par ailleurs l'expertise rhumatologique du Dr E. _____ établie en allemand, soutenant notamment qu'elle l'avait demandée en français. Enfin, la recourante se déclare disposée à se soumettre à une nouvelle expertise (TAF pce 1).

I.

Par réponse du 1^{er} novembre 2016, l'OAIE conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il se base entièrement sur la prise de position du 26 octobre 2016 de l'OAI qui avance essentiellement que les expertises des Drs D. _____ et E. _____ ont valeur probante et que l'assurée n'a pas présenté des nouveaux éléments médicaux les remettant en cause. L'Office cantonal prétend également que l'épisode dépressif léger constaté n'a pas de caractère invalidant et que l'assurée ne se serait pas soumise à une thérapie psychiatrique (TAF pce 3 et annexe).

J.

La recourante s'acquitte de l'avance de frais de procédure de 800 francs dans les délais impartis par le Tribunal en versant un total de 839.85 francs (TAF pces 4 à 6, 8 et 9).

K.

Dans sa réplique du 15 décembre 2016, la recourante maintient son recours. Elle argue en substance que son état de santé et son protocole de soins contraignant ne lui permettent plus de travailler. Elle précise que son état de santé se traduit par des fortes crises récurrentes, accompagnées de céphalées, de perte de vision et de douleurs persistantes et handicapantes dans tout le corps, l'obligeant à rester alitée durant plusieurs jours, parfois jusqu'à 10 jours. Pendant ces jours, elle ne pourrait pas effectuer les gestes de la vie quotidienne, se lever, se laver, marcher et conduire. Le reste du temps, les douleurs seraient constantes et régulières, l'empêchant de se déplacer ou de conduire plus de 20 minutes, nécessitant l'utilisation d'une canne pour marcher et restreignant ses gestes quotidiens. La recourante remarque également que les douleurs la fatiguent beaucoup et la rendent irritable, que son sommeil est léger, souffrant aussi de l'apnée du sommeil, et que son moral est souvent au plus bas. Elle soulève, de plus, que sa vie sociale est presque nulle et qu'elle doit parfois se faire accompagner aux différents rendez-vous. Elle informe encore qu'elle se trouve suite à une perte de salaire importante dans une situation financière difficile qui a nécessité une faillite personnelle et qu'elle devra vendre son appartement, la montée et la descente des escaliers menant à son logement étant devenues extrêmement difficiles (TAF pce 7). La recourante joint à sa réplique de

nombreux documents médicaux qui se trouvent pour la plupart déjà dans le dossier.

Le 6 janvier 2017, la recourante complète sa réplique en précisant que les crises dont elle souffre apparaîtraient tous les 10 jours, voire 15 jours. Elle explique encore qu'elle a auparavant travaillé dans l'expédition et devait préparer et déplacer beaucoup de marchandises ce qui lui paraissait impossible à faire aujourd'hui et qu'elle ne serait plus en mesure de faire des longues heures de route pour rejoindre son travail (TAF pce 11).

L.

Dans sa duplique du 31 janvier 2017, l'OAIE maintient ses conclusions en vue du rejet du recours et de la confirmation de la décision attaquée. Il se base sur la prise de position du 27 janvier 2017 de l'OAI qui prend en détail position sur les arguments de la recourante. En substance il remarque que la recourante n'apporte aucun élément médical nouveau et que ses descriptions personnelles et subjectives ne sont pas pertinentes vu qu'elles n'ont pas été confirmées par des constats médicaux (TAF pce 13 et annexe).

M.

Dans sa triplique du 28 février 2017, la recourante persiste dans sa position. Elle souligne notamment qu'elle a souhaité une expertise en français et que le Dr E. _____, dont elle conteste le rapport, ne l'a pas comprise correctement, notamment s'agissant de ses conditions de travail. Elle décrit ensuite une nouvelle fois ses douleurs et ses limitations quotidiennes et estime qu'une réinsertion professionnelle n'est pas possible, souffrant de douleurs permanentes. Elle précise également qu'elle n'a jamais recherché sa situation de surendettement et qu'elle était arrivée à celle-ci parce qu'elle ne peut plus travailler alors qu'auparavant elle n'a jamais refusé de travailler et a élevé seule sa fille. Enfin, elle avance qu'elle estime que sa perte de salaire s'élève au moins à 40%, voire à 60% (TAF pce 16). La recourante verse encore en cause des nouveaux rapports médicaux.

N.

Dans sa quadruplique du 28 mars 2017, l'OAIE, se fondant sur la prise de position détaillée du 22 mars 2017 de l'OAI, confirme ses conclusions précédentes. En substance, l'Office cantonal soutient que les difficultés linguistiques avancées par l'assurée ne sont pas crédibles et alléguées tardivement, que les rapports médicaux récents ne font pas état d'éléments nouveaux, que le fait qu'elle ne peut plus travailler dans son ancienne

activité a été intégralement pris en considération, que les arguments de surendettement, d'une activité lucrative transfrontalière loin du domicile et d'obligations parentales représentent des facteurs psychosociaux qui ne sont pas pris en charge par l'assurance-invalidité et que l'appréciation du degré d'invalidité doit se fonder sur des éléments objectifs (TAF pce 18 et annexe).

O.

Dans sa prise de position du 29 juin 2017, la requérante communique un changement d'adresse. Par ailleurs, elle explique que pour apprécier son taux d'invalidité de 40% elle a tenu compte du fait qu'elle ne pourrait plus travailler en Suisse et dans l'expédition et que si elle devait changer de profession, elle ne pourrait plus faire valoir son expérience professionnelle aussi celle en tant que responsable (TAF pce 20).

P.

Le 1^{er} septembre 2017, l'OAIE, se fondant sur la prise de position du 30 août 2017 de l'OAI, réitère ses conclusions. L'Office cantonal avance pour l'essentiel que le taux d'invalidité a été déterminé compte tenu d'une comparaison de salaires suisses, que l'inaptitude à faire des longs trajets pour rejoindre un poste de travail en Suisse n'est pas à la charge de l'assurance-invalidité et que le degré d'invalidité déterminé à 20% illustre que l'assurée, dans une activité adaptée, ne pourra effectivement plus gagner autant qu'auparavant, mais qu'un tel taux d'invalidité ne donne pas droit à une rente (TAF pce 22 et annexe).

Q.

Dans sa prise de position du 21 septembre 2017, la requérante maintient que sa perte de gain est d'au moins 40% mais avance également qu'elle ne conteste pas de pouvoir retravailler. Elle envisage concrètement un mi-temps thérapeutique, non loin de son domicile, afin de pouvoir continuer à bénéficier des thérapies et de gérer plus facilement ses crises. Mais elle souligne qu'elle ne pourra plus porter des marchandises lourdes et marcher de longues distances. Elle remarque également que ses crises surviennent en moyenne une ou deux fois par mois et elle conteste qu'un employeur l'engagerait à 80% - tel que suggéré par l'OAIE - si elle présente un arrêt de travail d'une semaine par mois. Elle avance encore que c'est son choix personnel de ne prendre des médicaments qu'en cas de grandes crises parce qu'ils l'assomment considérablement (TAF pce 24).

Droit :**1.**

1.1 En vertu des art. 31 et 33 let. d de la loi sur le Tribunal administratif fédéral (LTAF, RS 173.32) ainsi que de l'art. 69 al. 1 let. b de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), le Tribunal de céans connaît des recours contre les décisions de l'OAIE.

Aux termes de l'art. 40 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201), l'office AI du secteur d'activité dans lequel le frontalier exerce une activité lucrative est compétent pour enregistrer et examiner les demandes présentées par les frontaliers – dans le cas concret il s'agit de l'OAI, l'assurée ayant travaillé en tant que frontalière à Z._____ (notamment : AI pces 3 et 14), dans le canton de Berne. En revanche, selon l'art. 40 al. 2 in fine RAI, c'est l'OAIE qui notifie les décisions. En l'occurrence, c'est donc à juste titre que l'OAIE a rendu la décision contestée.

En conséquence, le Tribunal de céans est compétent pour connaître du recours contre la décision de l'OAIE, les exceptions de l'art. 32 LTAF n'étant du reste pas réalisées.

1.2 La procédure devant le Tribunal en matière d'assurances sociales est régie par la loi sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) dans la mesure où la LTAF, la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) ou la LAI ne sont pas applicables (cf. art. 37 LTAF ainsi que l'art. 3 let. d^{bis} PA en relation avec l'art. 2 LPGA et art. 1 al. 1 LAI).

1.3 La recourante a qualité pour recourir contre une décision de l'OAIE, étant touchée par celle-ci et ayant un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (cf. art. 59 LPGA).

1.4 Le recours a été déposé en temps utile, soit dans le délai de recours de 30 jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA (cf. aussi art. 50 al. 1 PA). En effet, la décision attaquée a été rendue le 22 août 2016 (AI pce 78) et le recours déposé devant le TAF par acte daté du 8 septembre 2016 qui a été reçu le 13 septembre 2016 (TAF pce 1). La décision du 22 août 2016 fait encore mention d'une décision antérieure qui aurait été rendue le 7 avril 2016 par l'OAI. Or le TAF ne trouve pas de trace d'une telle décision dans le dossier qui lui a été transmis, la pièce n° 72, intitulée, dans le bordereau de pièces, comme décision du 7 avril 2016, n'étant pas datée et indiquant

dans l'en-tête et dans la signature l'OAIE et non pas l'OAI. Cela étant, le TAF remarque que les parties ne prétendent pas qu'un recours a été déposé contre une décision du 7 avril 2016 (cf. aussi note interne du 28 novembre 2018 selon laquelle aucun autre recours n'a été déposé devant le TAF [TAF pce 25]). Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'OAIE aurait donc pu, cas échéant, revenir sur une ancienne décision erronée, rendue par l'OAI incompétente (cf. consid. 1.1), dont la rectification revêtait une importance notable vu qu'elle concernait le rejet d'une rente d'invalidité qui peut être une prestation durable, et la remplacer par une nouvelle décision (cf. ATF 127 V 466 consid. 2c et les références; MICHEL VALTERIO, Commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI), 2018, art. 31 n° 54, 59 et 61 p. 519 ss).

Le TAF constate par ailleurs que le recours remplit les exigences de formes requises par la loi (cf. art. 60 LPGA et art. 52 PA).

Enfin, la recourante s'est acquittée de l'avance de frais de procédure présumés (cf. art. 63 al. 4 PA; TAF pces 4 à 6, 8 et 9).

1.5 En conclusion, le recours contre la décision du 22 août 2016 est recevable devant le TAF et celui-ci entre en matière sur son fond.

2.

2.1 Aux termes de l'art. 49 PA, les parties peuvent invoquer devant le Tribunal de céans la violation du droit fédéral, y compris l'excès et l'abus du pouvoir d'appréciation (let. a), la constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (let. b) ainsi que l'inopportunité (let. c). Le TAF jouit donc du plein pouvoir d'examen.

2.2 Le TAF définit les faits et apprécie les preuves d'office (cf. art. 12 PA) et librement (cf. ci-dessus) ; l'on parle de maxime inquisitoire. En outre, il examine librement et d'office les questions de droit qui se posent, sans être lié par les motifs invoqués par l'assuré à l'appui de son recours (cf. art. 62 al. 4 PA), ni par l'argumentation juridique développée par l'autorité inférieure dans sa décision (cf. PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, Droit administratif, Volume II, Les actes administratifs, 3^{ème} édition 2011, p. 300 s.; JÉRÔME CANDRIAN, Introduction à la procédure administrative fédérale, La procédure devant les autorités administratives fédérales et le Tribunal administratif fédéral, 2013, n° 176 et 186 pp. 105 et 110). Toutefois, l'autorité saisie se limite en principe aux griefs soulevés et n'examine les questions de droit non invoquées que dans la mesure où les

arguments des parties ou le dossier l'y incitent (ATF 122 V 157 consid. 1a, 121 V 204 consid. 6c; MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht, 2^{ème} édition 2013, p. 25 n. 1.55).

3.

3.1 S'agissant du droit applicable dans le temps, il convient de rappeler le principe selon lequel sont généralement déterminantes les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (notamment : ATF 139 V 297 consid. 2.1). En l'occurrence, la cause doit donc être examinée à la lumière des dispositions en vigueur jusqu'au 22 août 2016 (Al pce 78), au moment où la décision querellée a été rendue. Il est, de plus, rappelé que le pouvoir d'examen du TAF est limité aux faits survenus jusqu'à la date de cette décision attaquée (notamment : ATF 132 V 215 consid. 3.1.1).

3.2 L'affaire présente un aspect transfrontalier dans la mesure où la requérante est ressortissante française, vivant en France, et a été assurée en France et en Suisse pendant plusieurs années (Al pces 15 et 73 pp. 33 ss). La cause doit donc être tranchée non seulement au regard des normes du droit suisse mais également à la lumière des dispositions de l'Accord entre la Suisse et la Communauté européenne et ses Etats membres sur la libre circulation des personnes du 21 juin 1999 (ALCP, RS 0.142.112.681) et des règlements auxquels il renvoie. L'ALCP et ses règlements sont entrés en vigueur pour la relation entre la Suisse et les Etats de l'Union européenne le 1^{er} juin 2002 (cf. ATF 133 V 269 consid. 4.2.1, 128 V 317 consid. 1b/aa).

Depuis la modification de l'annexe II de l'ALCP avec effet au 1^{er} avril 2012 (cf. la décision n°1/2012 du Comité mixte du 31 mars 2012 remplaçant l'annexe II dudit accord sur la coordination des systèmes de sécurité sociale [RO 2012 2345]) sont également déterminants le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.1) ainsi que le règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale (RS 0.831.109.268.11; cf. arrêt du Tribunal fédéral [ci-après : TF] 8C_455/2011 du 4 mai 2012; à titre d'exemple les arrêts du TAF C-3/2013 du 2 juillet 2013 consid. 3.2 et C-3985/2012 du 25 février 2013 consid. 2.1).

Cela étant, dans la mesure où l'ALCP et en particulier son annexe II qui régit la coordination des systèmes d'assurances sociales (art. 8 ALCP) ne prévoient pas de disposition contraire, la procédure ainsi que les conditions à l'octroi des prestations de l'assurance invalidité suisse sont déterminées exclusivement d'après le droit suisse (art. 46 al. 3 du règlement n° 883/2004; ATF 130 V 257 consid. 2.4; à titre d'exemple : arrêts du TF 8C_329/2015 du 5 juin 2015, 9C_54/2012 du 2 avril 2012).

Du reste, conformément à l'art. 4 du règlement n° 883/2004, les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne et les ressortissants suisses bénéficient de l'égalité de traitement.

4.

Dans le cas concret, le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité suisse, respectivement sur la question de savoir si la décision attaquée du 22 août 2016, rejetant sa demande de prestations, est bien fondée.

5.

Pour avoir droit à une rente d'invalidité, tout requérant doit remplir cumulativement les conditions suivantes :

- être invalide au sens de la LPGA/LAI (art. 8 LPGA et art. 4 et 28 LAI) et
- compter trois années de cotisation (art. 36 al. 1 LAI), dont au moins une année en Suisse lorsque la personne intéressée a été assujettie à la législation de deux ou plusieurs Etats membre de l'Union européenne (cf. art. 6, 46 par. 1 et 57 par. 1 du règlement n°883/2004; FF 2005 p. 4065).

En l'occurrence, l'assurée remplit la condition liée à la durée minimale de cotisations, ayant cotisé en Suisse depuis 1989 de nombreuses années (AI pce 15) et présentant, de plus, plusieurs périodes d'assurances en France (AI pce 73 pp. 33 ss).

Il reste à examiner si l'assurée est invalide au sens de la loi suisse.

6.

6.1 Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, la personne assurée a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a),
- elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b),
- au terme de cette année, elle est invalide à 40% au moins (let. c).

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA (délai de carence; ATF 143 V 547 consid. 3.2; voir aussi ATF 140 V 2 consid. 5.3). L'al. 3 de l'art. 29 LAI prévoit que la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

6.2 L'invalidité au sens de la LPGA et de la LAI est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de gain que l'assuré subit, sur un marché du travail équilibré, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qui persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de la personne assurée peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité que celle exercée auparavant (cf. art. 6 LPGA).

6.3 La notion d'incapacité de gain implique qu'en Suisse l'invalidité est de nature juridique-économique et non médicale (ATF 116 V 246 consid. 1b). Seules les pertes économiques et les empêchements constatés dans les travaux habituels (par exemple le ménage), liés à une atteinte à la santé, sont assurés. Le taux d'invalidité ne se confond ainsi pas nécessairement avec le taux d'incapacité de travail déterminé par les médecins.

6.4 Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Ainsi, le revenu que la personne assurée aurait pu obtenir si elle n'était pas invalide (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'elle pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée d'elle après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide; art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La différence entre ces deux revenus permet de calculer le taux d'invalidité.

6.5 Les rentes correspondant à un degré d'invalidité inférieur à 50% sont versées aux ressortissants suisses et ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne indépendamment de leur domicile et résidence (cf. art. 4 et 7 du règlement n° 883/2004 déterminants malgré l'art. 29 al. 4 LAI).

7.

7.1 La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêts du TF 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2, 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3).

7.2

7.2.1 En particulier, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM-10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 137 V 54 consid. 4 et 5 et 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2, 140 V 8 consid. 2.2.1.3; voir aussi ATF 142 V 324), telles la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3, 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2). La fibromyalgie présente par ailleurs de nombreux points communs avec le trouble douloureux somatoforme (ATF 132 V 65 consid. 4, 4.1; arrêt du TF 9C_688/2016 du 16 février 2017 consid. 3.5; cf. aussi PETER HENNINGSEN, Probleme und offene Fragen in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit bei Probanden mit funktionellen Körperbeschwerdesyndromen, SZS 2014 p. 12). Il s'agit des atteintes qui présentent un problème de preuve vu qu'elles ne peuvent pas ou ne peuvent pas totalement être

expliquées par la présence d'un substrat somatique objectif et dont les conséquences sur la capacité de travail ne sont pas non plus clairement objectivables (cf. ANNE-SYLVE DUPONT, Un point d'actualité en droit des assurances sociales : le trouble somatoforme (moins) douloureux ?, HAVE 2015, p. 2; THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Rechtsprechung des Bundesgerichts im Bereich der Invalidenversicherung, SZS/RSAS 2017, pp. 291 s.; MICHAEL E. MEIER, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, Folgerechtsprechung zur grundlegenden Praxisänderung in BGE 141 V 281, Jusletter du 11 juillet 2016, pp. 4 ss).

7.2.2 Selon l'ancienne jurisprudence du Tribunal fédéral il a été présumé que les troubles douloureux somatoformes ainsi que les troubles similaires pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible et ce n'était que dans des cas exceptionnels qu'on reconnaissait une invalidité à ce titre. La personne assurée devait alors souffrir d'une comorbidité psychiatrique importante et/ou remplir quatre autres critères, à savoir présenter 1. des affections corporelles chroniques et un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, 2. une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, 3. un état psychologique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique et 4. un échec des traitements médicaux et des mesures de réhabilitation (ATF 132 V 65 consid. 4, 131 V 49 consid. 1.2 et 130 V 352 consid. 2.2.3 et 3.3.1; cf. aussi ATF 140 V 290 consid. 3.3.1 et 139 V 547 consid. 6 et 7).

7.2.3 Le 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique (ATF 142 V 324, 141 V 281, 140 V 8 consid. 2.2.1.3). Un point central du changement concerne la renonciation à la présomption du caractère surmontable de la douleur par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.5). Le Tribunal fédéral a notamment considéré que cette présomption soutenait à tort que la capacité à surmonter la douleur était indivisible et que seule une capacité ou une incapacité de travail totale pouvait en résulter (141 V 281 consid. 3.4.2.2) alors que souvent une incapacité de travail partielle est justifiée d'un point de vue médical (JÖRG JEGGER, Die neue Rechtsprechung zu psychosomatischen Krankheitsbildern, Jusletter du 13 juillet 2015, ch. 17 pp. 5 s.). Le Tribunal fédéral a également remarqué qu'il sied de renoncer à l'exigence de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de son rôle prépondérant, celui-ci n'étant pas prouvé scientifiquement (141 V 281 consid. 4.1.1, 4.3.1.1 et 4.3.1.3; PETER HENNINGSSEN, op. cit., p. 539).

7.2.4 L'évaluation des troubles douloureux somatoformes ainsi que des troubles similaires doit désormais faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281. Cette procédure a pour but d'évaluer les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de la personne concernée (répercussions fonctionnelles) d'une façon ouverte et dans le cadre d'une appréciation globale, compte tenu des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de la personne assurée d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6; cf. aussi JÖRG JEGER, op. cit., ch. 35 et 45 pp. 8 et 9). L'atteinte supposant l'existence des limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie, tant professionnel que privé, la gravité des limitations constatées doit également être examinée à l'aune des indicateurs se rapportant à la cohérence (catégorie 2 ci-dessous; ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). Le Tribunal fédéral a en outre remarqué que l'analyse doit tenir compte des facteurs excluant la valeur invalidante des diagnostics (ATF 141 V 281 consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Ainsi, il n'y a pas atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1, 132 V 65 consid. 4.2.2, 131 V 49 consid. 1.2). De même, les évaluations et limitations subjectives qui ne sont pas explicables d'un point de vue médical ne peuvent pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

Concrètement, le Tribunal a décrit les catégories et indicateurs suivants (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.4.2) :

1. Catégorie "degré de gravité fonctionnel"

1.1. Complexe "atteinte à la santé"

1.1.1. Expressions des éléments pertinents pour le diagnostic

Les experts doivent justifier le diagnostic – qui présuppose une certaine gravité de l'affection (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1 et 4.3.1.1; cf. aussi ATF 141 V 574 consid. 4.2; arrêt du TF 8C_344/2016 du 23 février 2017 consid. 5.2.1) – de telle manière que l'administration et, cas échéant, le tribunal puissent vérifier que les critères diagnostics ont été observés (ATF 142 V 106 consid. 3.3; cf. aussi arrêt du TF 9C_634/2015, 9C_665/2015 du 15 mars 2016 consid. 6.1; cf. également consid. 10.7.5 ci-dessous).

1.1.2. Succès du traitement ou résistance à cet égard

Le suivi (et l'évolution) d'une thérapie adéquate de psychothérapie constitue un indicateur de la gravité de l'affection et est exigible compte tenu de l'obligation de réduire le dommage de la personne

assurée (ATF 143 V 409 consid 4.4, 4.5.2 ; cf. aussi consid. 10.8 ci-dessous).

1.1.3. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

1.1.4. Comorbidités

1.2. Complexe "personnalité" (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

1.3. Complexe "contexte social".

2. Catégorie "cohérence" (point de vue du comportement)

2.1 Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

2.2 Poids des souffrances relevé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation.

Le Tribunal fédéral a encore souligné que ce catalogue d'indicateurs n'est pas immuable, devant au contraire évoluer avec les connaissances scientifiques médicales et juridiques, et qu'il sied de toujours tenir compte des circonstances du cas concret, le catalogue n'ayant pas la fonction d'une simple check-list (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

7.3 Le 30 novembre 2017, dans deux arrêts de principe, le Tribunal fédéral a décidé qu'en règle générale, toutes les affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 7.1 s.) – aussi les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1 s.) – doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 susmentionné afin de pouvoir évaluer le droit à une rente d'invalidité de la personne concernée, soit sa capacité résiduelle de travail.

8.

8.1 Conformément à la maxime inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPGA mais aussi art. 12 PA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin (PIERRE MOOR/ETIENNE POLTIER, op. cit. p. 255).

Concrètement, afin d'instruire une demande de prestations AI, l'art. 69 al. 2 RAI prescrit que l'Office AI réunit, lorsque les conditions d'assurance sont remplies – comme en l'espèce (cf. consid. 5 ci-dessus) – les pièces nécessaires pour évaluer le droit aux prestations, en particulier des rapports médicaux. En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique (cf. consid. 6.3 ci-dessus), les données fournies par les

médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences fonctionnelles de l'atteinte à la santé (ATF 143 V 418 consid. 6). Précisément, la tâche des médecins consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités la personne assurée est incapable de travailler au vu de ses limitations. Il leur appartient de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé, en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2 et 114 V 310 consid. 3c; RCC 1991 p. 329 consid. 1c). Nonobstant, l'évaluation finale des conséquences fonctionnelles d'une atteinte à la santé, voire la question de savoir quelle capacité de travail peut être exigée de la personne assurée constitue une question de droit et il appartient à l'administration et, cas échéant, au tribunal de la pratiquer (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 140 V 193 consid. 3.2).

8.2 Le Tribunal examine les preuves d'office et librement (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 143 V 418 consid. 6, 137 V 210 consid. 1.3.4; arrêts du TF 8C_633/2017 du 16 février 2018 consid. 4.3.4, 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1 et 3.2; cf. consid. 2 ci-dessus). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance (ATF 132 V 93 consid. 5.2.8; arrêt du TF 8C_633/2017 cité consid. 4.3.4), puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATF 125 V 251 consid. 3a; cf. aussi ATF 143 V 418 consid. 5.2.2).

8.3 La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier les rapports médicaux.

8.3.1 L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (cf. arrêt du TF 9C_55/2016 cité consid. 3.2). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, 122 V 157 consid. 1c et références). Bien entendu, le médecin consulté doit disposer de la

qualification médicale déterminante (arrêt du TF 9C_1059/2009 du 4 août 2010 consid. 1.2).

8.3.2 Le Tribunal ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément d'éclairer les aspects médicaux d'un état de fait donné grâce à ses connaissances spéciales. En présence d'avis contradictoires, le Tribunal doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions manifestes ou ignore des éléments essentiels ou lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert (cf. ATF 125 V 351 cons. 3b/aa, 118 V 220 consid. 1b et les références; arrêts du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 et 4.1.2, I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.2). Le simple fait qu'un ou plusieurs avis médicaux divergents ont été produits – même émanant de spécialistes – ne suffit cependant pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale (arrêts du TF 9C_748/2013 cité consid. 4.1.1, U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

8.3.3 S'agissant de l'appréciation d'un trouble psychiatrique, le Tribunal examinera si les médecins ont suivi les conditions cadres normatives décrites par la jurisprudence (cf. consid. 7.2.3 ss ci-dessus), s'ils n'ont pris en considération que les limitations fonctionnelles de l'atteinte à la santé et si l'examen de l'exigibilité de la capacité de travail est fondé sur des critères objectifs (ATF 141 V 281 consid. 5.2.2; cf. art. 7 al. 2 LPGA cité). Il ne s'agit pas de procéder à un examen juridique parallèle mais d'examiner si les conséquences fonctionnelles de l'atteinte ont été déterminées d'une façon convaincante et cohérente et, partant, dans le respect des critères normatifs. Au sens des ATF 141 V 281, la preuve d'une incapacité de travail durable et importante due au trouble psychiatrique n'est apportée que lorsque l'examen des critères déterminants permet d'établir, dans le cadre d'une appréciation globale, des limitations dans tous les domaines de la vie (critère de la cohérence). Si cette preuve ne peut pas être apportée, la personne assurée en supporte les conséquences conformément aux règles (matérielles) sur le fardeau de la preuve (ATF 144 V 50 consid. 4.3, 143 V 418 consid. 6, 143 V 409 consid. 4.5.2, 141 V 281 consid. 6; voir aussi arrêt du TF 8C_628/2018 du 31 octobre 2018 consid. 4.3). Concernant une dépression légère ou moyenne qui de règle générale peut

être traitée avec succès en quelques mois sans créer une incapacité de travail durable et importante (cf. ATF 143 V 409 consid. 4.3), il appartient aux experts médicaux d'expliquer pour quelles raisons il existe dans le cas concret des restrictions fonctionnelles (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2).

Les expertises médicales entreprises avant les changements de jurisprudence intervenus ne perdent pas de fait leur valeur probante. Il sied d'examiner, compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, si les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon les nouveaux indicateurs déterminants. Cas échéant, un complément ponctuel peut s'avérer suffisant (par analogie : ATF 141 V 281 consid. 8; arrêt du TF 9C_716/2015 du 30 novembre 2015 consid. 4.1).

8.3.4 Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, il est constant d'après la jurisprudence que ceux-ci sont généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour leur patient en raison de la relation de confiance qui les unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par l'assuré en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF 8C_558/2008 du 17 mars 2009 consid. 2.4.2). Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et les références citées; voir également arrêts du TF 9C_55/2016 cité consid. 3.2, 9C_24/2008 du 27 mai 2008 consid. 2.3.2).

8.3.5 S'agissant des rapports médicaux qui sont postérieurs à la décision attaquée, limitant le pouvoir d'examen du Tribunal dans le temps (cf. consid. 3.1 ci-dessus), il sied de rappeler qu'ils sont déterminants pour autant qu'ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation des faits au moment où la décision attaquée a été rendue (arrêt du TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1; RCC 1980 p. 481).

8.4 Dans le domaine des assurances sociales, la décision doit se fonder sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent

raisonnablement en considération (notamment : ATF 139 V 176 consid. 5.3).

9.

9.1 En l'occurrence, sur le volet médical, l'OAIE disposait dans un premier temps des documents médicaux suivants :

- l'annonce de maladie du 14 août 2013 de l'employeur (AI pce 17.5),
- le certificat médical du 7 septembre 2013 du Dr B._____, médecin généraliste, qui note des arthralgies diffuses et une incapacité de travail totale du 11 juin au 19 août 2013 et dès le 6 septembre 2013 (AI pce 17.4),
- le rapport médical reçu le 4 décembre 2013 du Dr B._____ qui a fait état d'une arthralgie diffuse sur arthrite diffuse depuis juin 2013, responsable de douleurs et d'une impotence fonctionnelle (AI pce 16),
- le résultat du 11 décembre 2013 du bilan par imagerie médicale des épaules, signé du Dr G._____ (AI pce 20 p. 5),
- le résultat des examens laboratoires du 29 janvier 2014 établi par Monsieur H._____ (AI pce 20 pp. 2 ss),
- le rapport du 3 février 2014 établi du Dr C._____, rhumatologue, qui note à l'examen des amplitudes normales, des signes discordants de tendinopathie, des douleurs vertébrales étagées ainsi qu'un examen neurologique normal. Il conclut alors que l'examen clinique évoque un état de fibromyalgie favorisant des tendinopathies et conseille a poursuite du traitement symptomatique (AI pce 20 p. 1).

9.2 Après la communication du 20 février 2014 (AI pce 21) ont été versés en cause notamment les documents ci-après :

- le rapport manuscrit du 19 avril 2014 du Dr I._____ de la consultation de la douleur (AI pce 31 pp. 8 et 10),
- le rapport du 11 juillet 2014 du Dr B._____ qui informe notamment d'une aggravation de l'état de l'assurée (AI pce 26),

- le résultat du 15 juillet 2014 du bilan échographique de l'épaule et du coude droits ainsi que des tendons d'Achille, signé du Dr G. _____ (AI pce 31 pp. 6 s.),
- le certificat du 1^{er} septembre 2014 de Monsieur J. _____, masseur-kinésithérapeute-ostéopathe (AI pce 31 p. 5),
- le résultat du 2 septembre 2014 de l'examen par imagerie médicale, signé du Dr G. _____ (AI pce 31 pp. 3 s.),
- le bilan du 16 octobre 2014 de Madame K. _____, masseur kinésithérapeute qui informe que l'assurée suit depuis le 16 septembre 2014, à raison de deux séances par semaine, des séances de kinésithérapie qui sont prescrites par le Dr I. _____ et ont pour premier objectif de diminuer les douleurs ; elle indique en outre que l'assurée est atteinte de fibromyalgie qui entraîne des douleurs diffuses, d'intensité et de localisation variées, que ces douleurs intenses entraînent une fatigue importante que l'assurée a du mal à gérer et qu'elle est limitée dans ses activités quotidiennes. Concrètement, l'assurée ne pourrait pas rester debout ou assise de manière prolongée, le port de charge et le périmètre de la marche seraient restreints et les longs trajets en voiture, la montée et la descente du véhicule difficiles (AI pce 37 p. 3),
- le questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie, daté du 28 novembre 2014 et signé de Madame K. _____ qui fait état des réponses de l'assurée s'agissant de ses activités quotidiennes et ressentis divers (AI pce 40 pp. 2 ss),
- le rapport de l'expertise psychiatrique du 29 juillet 2015 du Dr D. _____, médecin FMH spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, basé sur l'examen du 22 juin 2015 ; l'expert retient comme diagnostics un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant avec des composantes physique et psychique (F45.41). Il estime que l'assurée présente en raison de son état dépressif une incapacité de travail de 15% depuis décembre 2014 mais que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'a justifié à aucun moment une incapacité de travail quelconque (AI pce 47.1).

9.3 Ultérieurement sont versés en cause notamment les documents suivants :

- le résultat du 13 juin 2013 de l'examen de la colonne cervicale et des coudes, signé du Dr G. _____ (AI pce 51.2 p. 4),
- le résultat du 17 juin 2013 de l'examen du bassin et des hanches, signé du Dr G. _____ (AI pce 51.2 p. 3),
- le résultat du 28 juin 2013 de l'examen scanographique du rachis lombaire, établi du Dr L. _____ (AI pce 51.2 p. 2),
- l'attestation du 14 mai 2015 de la Dresse M. _____, médecin psychiatre, qui certifie que l'état de santé de l'assurée nécessite une prolongation de son arrêt de travail à 100% du 15 mai au 30 juin 2015 inclus (AI pce 51.2 p. 1),
- le rapport de l'expertise rhumatologique du 25 août 2015 du Dr E. _____, médecin spécialisé notamment en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie FMH, qui a examiné l'assurée le 18 mai 2015. Ce médecin pose comme diagnostics ayant de répercussion sur la capacité de travail une periarthropathia humeroscapularis calcarea bilatérale, d'une epicondylopathia humeri radialis bilatérale ainsi que d'un syndrome cervical et lumbovertébrale avec altérations dégénératives et déconditionnement musculaire et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail une fibromyalgie. Il estime qu'à partir du 11 juin 2013, l'assurée ne peut plus exercer son ancienne activité qui a impliqué la levée et le port de charges lourdes. Par contre, dans une activité de substitution légère qui ne comporte qu'occasionnellement la levée de charges moyennes, qui n'implique pas de travaux monotones et répétitifs ainsi que les travaux au-dessus des épaules et permet de positions de travail variées, la capacité de travail de l'assurée serait entière, sans diminution du rendement (AI pce 51.1),
- le rapport de l'évaluation interdisciplinaire du 25 août 2015, signé des Drs D. _____ et E. _____ qui confirment leurs évaluations individuelles (AI pce 52).

9.4 Suite à la pré-orientation du 11 novembre 2015 (AI pce 53) que l'assurée a contestée, celle-ci a déposé les nouvelles pièces suivantes :

- le certificat médical du 28 novembre 2015 de la Dresse M. _____ qui observe un état anxio-dépressif, accentuant les douleurs. Elle relève notamment une thymie dépressive avec des idées noires et de suicide, un replis sur soi, un abandon des activités de loisir et de vie sociale, des sentiments de culpabilités, des signes physiques et psychiques d'anxiété, de nombreuses ruminations mentales avec fonctionnement obsessionnel épuisant, un état asthénique, des troubles importants de sommeil et troubles cognitifs à type de fatigabilité psychique ainsi que des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire d'acquisition (AI pce 60 p. 2),
- le rapport du 4 décembre 2015 du Dr B. _____ qui énumère une fibromyalgie sévère, une polyarthralgie diffuse invalidante avec impotence, une hyperthyroïdie et une thyroïdectomie prévue (AI pce 59 p. 2),
- le rapport du 8 décembre 2015 de Madame K. _____ qui informe notamment que les lombalgies ont diminué les capacités de déplacement de l'assurée qui étaient déjà réduites auparavant (AI pce 61 p. 2),
- le certificat du 10 décembre 2015 du Dr N. _____, chef du service anesthésie et douleur, qui informe suivre l'assurée pour un syndrome douloureux multi-focal. Il conclut qu'il existe un faisceau d'arguments en faveur d'une fibromyalgie sur un terrain d'arthrose précoce avec canal lombaire étroit (AI pce 62 p. 2),
- la prescription médicale du 27 janvier 2016 du Dr B. _____ (AI pce 65 p. 3),
- le rapport du 28 janvier 2016 du Dr C. _____ qui observe notamment que l'IRM lombaire du 13 janvier 2016 a montré des lésions arthrosiques étagées et un canal modérément rétréci en L4-L5 (AI pce 66 pp. 4 s.).

9.5 Suite à la demande de prestations déposée le 7 janvier 2016 par le biais de l'INSS (AI pce 73 pp. 18 ss), ont été versées en cause les nouvelles pièces ci-après :

- le résultat du 1^{er} juillet 2013 des examens par scanner cervical, signé du Dr O._____ (AI pce 73 p. 61),
- le rapport du 14 février 2015 de la Dresse M._____ qui informe qu'elle a vu l'assurée pour la première fois le 29 septembre 2014 et que celle-ci mentionnait qu'elle présentait une irritabilité, un sentiment d'impuissance, une tristesse, des troubles du sommeil, des ruminations mentales, un repli sur elle-même, un abandon des activités de loisirs en raison des douleurs et d'une démotivation, ainsi qu'une anxiété (AI pce 73 p. 51),
- le résultat du 10 avril 2015 de la scintigraphie thyroïdienne, signé de la Dresse P._____ (AI pce 73 p. 50),
- le rapport du 11 septembre 2015 du Dr N._____ qui pose comme diagnostic une fibromyalgie probable chez une patiente de 48 ans avec conjonction de polyalgies, de syndrome dépressif, de trouble de sommeil et d'asthénie ainsi que des lésions arthrosiques précoces (AI pce 73 pp. 48 s.),
- le rapport du 28 octobre 2015 du Dr Q._____ qui suit l'assurée pour une hyperthyroïdie et fait état des examens des 2 et 27 février, 17 mars et 27 octobre 2015 (AI pce 73 p. 47),
- le résultat du 13 janvier 2016 de l'IRM du rachis lombaire, établi par les Drs R._____ et S._____ (AI pce 73 p. 43),
- le rapport du 18 janvier 2016 du Dr T._____ qui a examiné l'assurée pour une augmentation de l'ACE qui est cependant aspécifique. Il appert en outre du rapport qu'une chirurgie thyroïdienne, soit une exérèse chirurgicale des nodules polaires inférieurs gauche, est prévue pour début février 2016, qu'une coronarographie a montré un rétrécissement de 30% au niveau d'une artère inférieure et qu'une coloscopie de contrôle est prévue le 3 mars 2016, celle effectuée en octobre 2015, avec ablation d'un polype, ayant été faite dans de mauvaises conditions (AI pce 73 pp. 41 s.),

- les rapports des 4 février et 16 février 2016 du Dr U._____ qui est intervenu pour un goitre multi hétéro nodulaire bilatéral ; il rapporte des suites opératoires simples (AI pce 73 pp. 37 s.),
- le rapport médical détaillé E 213 du 25 février 2016 établi par le Dr F._____ qui remarque que l'assurée présente une fibromyalgie (M79.0) évoluant depuis plus de 5 ans avec rupture de travail depuis 2013 ; il fait également état d'un syndrome anxieux dépressif majeur (F32) qui ne permettrait plus la reprise d'une activité salariée (AI pce 73 pp. 3 à 14).

9.6 Dans la présente procédure de recours, l'assurée a encore produit les nouveaux documents suivants :

- le rapport du 13 novembre 2013 du Dr C._____ qui fait état du résultat de son examen clinique qui montre notamment des signes de syndrome polyalgique ou de fibromyalgie (TAF pce 7 annexe 9),
- le résultat du 1^{er} février 2015 de la coronarographie, signé du Dr V._____ qui conclut que l'assurée présente une lésion non significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne (trajet intra myocardique; TAF pce 7 annexe 17),
- le compte rendu du 29 février 2016 de l'électromyographie, signé du Dr C._____ (TAF pce 7 annexe 32),
- les rapports des 11 avril et 16 novembre 2016, signés du Dr W._____ du service de pneumonie qui conclut qu'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré a été mis en évidence avec indication de mettre en place un traitement par pression positive continue (TAF pce 7 annexes 33 et 34),
- l'attestation du 25 novembre 2016 de la Dresse M._____ qui informe des différents symptômes observés et note que sa patiente hésite à prendre des psychotropes en raison de l'impact de certaines molécules sur les fonctions supérieures (TAF pce 7 annexe 36),
- le certificat du 2 décembre 2016 du Dr C._____ qui fait état du résultat de son examen clinique, du scanner lombaire et de la thérapie prescrite – dont une canne pour la marche – et conclut qu'il existe un faisceau d'arguments en faveur d'une fibromyalgie sur un terrain d'arthrose précoce, extrêmement invalidante avec perte d'emploi et handicap majeur dans la vie courante (TAF pce 7 annexe 37),

- l’attestation du 15 décembre 2016 de Madame K. _____ qui informe que l’assurée suit en moyenne deux séances par semaine et que celles-ci consistent essentiellement en un traitement antalgique (TAF pce 7 annexe 38),
- le rapport du 15 février 2017 du Dr X. _____ qui conclut que l’examen ophtalmologique est sans particularité (TAF pce 16 annexe 3),
- les rapports des 10 et 24 février 2017 de la Dresse Y. _____, neurologue que l’assurée a consulté suite à un évènement du 31 janvier 2017 et des céphalées avec sensation d’étau survenues depuis 4 à 5 mois ; ce médecin conclut que la symptomatologie est en faveur de migraine avec aura ophtalmique et que l’assurée souffre également de céphalées de tension (TAF pce 16 annexes 1 et 2),
- la prescription médicamenteuse du 24 février 2017 de la Dresse Y. _____ (TAF pce 16 annexe 4).

10.

10.1 Il apparaît du dossier médical susmentionné que l’assurée souffre de plusieurs problèmes à la santé.

Sur le volet rhumatologique, le Dr B. _____, le médecin de famille, a noté dans un premier temps des arthralgies et arthrites diffuses, responsables d’incapacités de travail totales du 11 juin au 19 août 2013 et dès le 6 septembre 2013 (AI pces 16 et 17.4). Suite à des examens divers, aussi de l’imagerie médicale, le Dr C. _____, rhumatologue, et le Dr N. _____, chef du service anesthésie et douleur, ont ensuite fait état de signes de fibromyalgie, soit d’un syndrome douloureux multi-focal sur un terrain d’arthrose précoce avec canal lombaire étroit (cf. AI pces 20 p. 1, 62 p. 2, 66 pp. 4 s., 73 p. 48, TAF pce 7 annexes 9 et 37). Tout comme le médecin de l’INSS, le Dr F. _____ (AI pce 73 pp 3 à 14), l’expert rhumatologique mandaté par l’OAI, le Dr E. _____, a confirmé le diagnostic de fibromyalgie (AI pce 51.1). Il a notamment expliqué que l’examen clinique de l’appareil locomoteur est pour l’essentiel normal, sans lésions radiculaires et sans gonflements articulaires inflammatoires, que l’imagerie médicale ne met en état que des altérations dégénératives légères et que les valeurs de laboratoires n’indiquent pas l’existence d’une maladie systémique inflammatoire qui pourrait expliquer les douleurs généralisées et la fatigue (AI pce 51.1 pp. 19 s.). Le Dr E. _____ a également diagnostiqué une periarthropathia humeroscapularis calcarea

bilatérale, une epicondylopathia humeri radials bilatérale ainsi qu'un syndrome cervical et lumbovertébrale avec altérations dégénératives et déconditionnement musculaire.

Il est en outre établi que l'assurée souffre d'un problème psychiatrique et suit un traitement depuis le 29 septembre 2014 chez la Dresse M._____, psychiatre, qui a observé un état anxio-dépressif (AI pces 60 p. 2). L'expert psychiatre mandaté, le Dr D._____, a posé comme diagnostics un épisode dépressif léger (F32.00) ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant avec des composantes physique et psychique (F45.41; AI pce AI pce 47.1) qui est similaire au diagnostic de fibromyalgie posé par les rhumatologues (cf. consid. 7.2.1). Le Dr F._____ de l'INSS a noté un syndrome anxieux dépressif majeur bien qu'il ait également indiqué, tout comme l'expert, le code F32 de la CIM-10 (AI pce 73 pp. 3 à 14), correspondant à un épisode dépressif léger.

Lors de la coronarographie du 1^{er} février 2015, une lésion non significative de l'artère interventriculaire antérieure moyenne a été observée (AI pce 7 annexe 17 ; cf. aussi AI pce 73 pp. 41 s.). L'assurée présente aussi une hyperthyroïdie (cf. notamment le rapport du 28 octobre 2015 du Dr Q._____ [AI pce 73 p. 47]) et a été opérée le 4 février 2016 par exérèse des nodules polaires inférieurs gauche ; les suites opératoires ont été simples (AI pce 73 pp. 37 s.). Un syndrome d'apnées obstructives du sommeil modéré a encore été observé qui a nécessité un appareillage en novembre 2016 (AI pce 7 annexes 33 et 34) peu de temps après que la décision contestée a été rendue. Enfin, dans les rapports des 10 et 24 février 2017, postérieurs à la décision litigieuse, la Dresse Y._____, neurologue, a fait état d'une migraine avec aura ophtalmique et des céphalées de tension et a prescrit un traitement médicamenteux (TAF pce 16 annexes 1, 2 et 4).

10.2 La recourante ne conteste pas les diagnostics retenus et ne prétend pas souffrir d'autres problèmes à la santé encore. Le caractère invalidant de ses atteintes, à savoir, les limitations fonctionnelles y liées et, par conséquent, sa capacité résiduelle de travail y relative, sont litigieux entre les parties. En effet, il est rappelé qu'en Suisse, ce ne sont pas les maladies en tant que telles ou le suivi d'un traitement médical qui sont assurés par l'assurance-invalidité, mais les conséquences économiques causées par une invalidité (cf. consid. 6.1 à 6.3 ci-dessus).

10.3 L'OAIE qui rejette la demande de prestations de l'assurée se base sur les rapports d'expertise des Drs E._____ et D._____ qui selon lui

bénéficient de pleine valeur probante. A l'instar du Dr E. _____, il soutient alors que l'assurée peut toujours exercer à plein temps une activité adaptée au handicap, soit une activité légère, permettant de changer de position sans devoir fréquemment soulever des charges mi-lourdes et impliquant seulement occasionnellement des travaux au-dessus de l'épaule. Sur le volet psychiatrique, l'OAIE confirme les diagnostics retenus par le Dr D. _____ mais soutient que l'épisode dépressif léger sans syndrome somatique, qui selon l'expert justifie une incapacité de travail de 15% depuis septembre 2014, n'a pas de caractère invalidant.

L'assurée qui dans un premier temps a contesté toute capacité résiduelle de travail – arguant que son état de santé et son protocole de soins contraignant ne lui permettraient plus de travailler (cf. TAF pce 1; cf. aussi le rapport du Dr D. _____ [AI pce 47.1 p. 15]) – a admis expressément dans sa prise de position du 21 septembre 2017 qu'elle ne contestait pas pouvoir retravailler dans une activité de substitution et qu'elle souhaitait reprendre un mi-temps thérapeutique (TAF pce 24). Dans sa triplique du 28 février 2017 elle avait déjà estimé qu'elle présentait un taux d'invalidité de 40-60% au moins, et ainsi une certaine capacité de travail résiduelle, alors qu'elle avait aussi soutenu qu'une réinsertion professionnelle n'était pas possible au regard de ses douleurs permanentes (TAF pce 16).

En conclusion, est litigieuse la question de savoir à partir de quand une capacité résiduelle de travail existe et à quel taux.

10.4 Premièrement, le TAF constate que l'OAIE a à juste titre requis une expertise rhumatologique et psychiatrique dès lors que l'assurée souffre principalement de troubles concernant ces spécialités médicales. Les médecins affirment notamment que l'assurée présente une fibromyalgie, respectivement un trouble douloureux somatoforme dont les conséquences sur la capacité de travail ne sont pas clairement objectivables et nécessitent une évaluation psychiatrique structurée compte tenu de la jurisprudence citée (cf. consid. 7.2.3 et 7.2.4). Conformément au rapport de l'évaluation interdisciplinaire du 25 août 2015, signé des Drs E. _____ et D. _____ (AI pce 52), l'expertise est en outre interdisciplinaire, garantissant ainsi que l'état de santé de l'assurée a été évalué dans son ensemble.

10.5 Le TAF remarque ensuite, eu égard aux exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante d'expertises médicales (cf. consid. 8.3.1 et 8.3.2), que les rapports d'expertise du 29 juillet 2015 du Dr D. _____ (AI pce 47.1) et du 25 août 2015 du Dr E. _____ (AI pce 51.1) se fondent

sur le dossier médical alors constitué (AI pce 47.1 p. 3 et AI pce 51.1 pp. 2 à 9). Il est notamment remarqué que le Dr E._____ a tenu compte des résultats des examens de l'imagerie médicale et des analyses de laboratoire alors que les différents certificats et rapports de la Dresse M._____ n'ont été déposés qu'après l'expertise du Dr D._____. Le Tribunal constate en outre que les experts ont exposé l'anamnèse en détail avec description des plaintes et symptômes présentés par l'assurée, l'OAI le rappelle à juste titre, description de son quotidien ainsi que du traitement médicamenteux et des thérapies entrepris (AI pce 47.1 pp 4 à 9 et AI pce 51.1 pp 14 s.). De plus, les rapports d'expertise font état des constatations de l'examen clinique (AI pce 47.1 pp. 9 ss) qui sur le volet rhumatologique a porté sur l'aspect neurologique, les extrémités supérieures, le torse et les extrémités inférieures (AI pce 51.1 pp. 15 ss). Le rapport d'expertise contient ensuite les diagnostics (AI pce 47.1 p. 11 et AI pce 51.1 pp. 18 s) ainsi qu'une appréciation du cas et les réponses aux questions posées, comportant également une prise de position sur les mesures médicales et professionnelles à entreprendre et un pronostic (AI pce 47.1 pp. 11 ss et AI pce 51.1 pp. 19 ss). Les experts ont confirmé leurs conclusions dans le rapport de l'évaluation interdisciplinaire du 25 août 2015 (AI pce 52).

Il est, de plus, incontesté que le Dr D._____, spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, et le Dr E._____, spécialisé en médecine physique, réhabilitation et rhumatisme, la médecine psychosomatique et manuelle, sont habilités en tant qu'expert à prendre position sur les troubles psychiatriques et rhumatologiques de l'assurée.

Il sied encore d'examiner si les conclusions des experts sont dépourvues de contradictions et convaincantes et puissent, partant, être confirmées aussi compte tenu des nouvelles exigences jurisprudentielles sur le plan psychiatrique (cf. consid. 7.2.3 à 7.3 et 8.3.3 ci-dessus).

10.6

10.6.1 S'agissant des troubles rhumatologiques objectivables – une periarthropathia humeroscapularis calcarea bilatérale, une epicondylopathia humeri radialis bilatérale ainsi qu'un syndrome cervical et lumbovertébrale avec altérations dégénératives et déconditionnement musculaire – le Dr E._____ a attesté que ceux-ci engendrent des limitations fonctionnelles. Il a remarqué que l'assurée, dès le 11 juin 2013, ne peut plus exercer une activité physique lourde, qu'elle ne peut qu'occasionnellement lever et porter des charges moyennes, qu'elle ne

peut pas exercer des travaux monotones et répétitifs et demeurer dans la même position de travail pendant plus de 30 minutes et qu'elle ne peut plus effectuer des travaux au-dessus des épaules. Compte tenu de ces limitations, l'expert a alors conclu qu'à compter du 11 juin 2013, l'assurée ne peut plus poursuivre ses dernières activités professionnelles dans des entreprises de transport et d'expédition, celles-ci ayant impliqué la levée et le port de charges moyennement lourdes, voire lourdes. Cependant, dans une activité adaptée légère, respectant les limitations observées, la capacité de travail de l'assurée serait entière, sans diminution du rendement (cf. AI pce 51.1 pp. 21 s.).

Le TAF remarque que ces constatations et conclusions de l'expert, fondée sur un examen approfondi du dossier médical et de la personne de l'assurée (cf. consid. 10.5 ci-dessus), sont cohérentes et convaincantes compte tenu des restrictions fonctionnelles retenues. Aussi la date fixée du début de la capacité résiduelle de travail au 11 juin 2013 peut être confirmée. En effet, le Dr B. _____, médecin de famille, a indiqué dans son certificat médical du 7 septembre 2013 (AI pce 17.4) que l'incapacité de travail de l'assurée a débutée le 11 juin 2013. Compte tenu de l'art. 29^{ter} du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.201) selon lequel il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. consid. 6.1 ci-dessus) lorsque la personne assurée a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins, les incapacités de travail antérieures du 8 au 11 janvier et du 22 au 29 avril 2013, mentionnées par l'employeur (AI pce 75), ne peuvent pas former le début de l'incapacité déterminante, ayant été interrompue chaque fois pendant plus de 30 jours par des capacités de travail entières. Inversement, l'interruption de quelques jours, du 17 août au 5 septembre 2013 (AI pce 75), pendant laquelle l'assurée a tenté une reprise de travail, ne saurait faire interrompre l'incapacité de travail débutée le 11 juin 2013.

10.6.2 Les médecins traitant de l'assurée ne décrivent pas concrètement les limitations de leur patiente. Le Dr B. _____ rapporte que la fibromyalgie sévère et la polyarthralgie diffuse dont l'assurée souffre serait invalidante et causerait une impotence (AI pces 16 et 59 p. 2) et le Dr C. _____, dans son rapport du 2 décembre 2016, postérieur à la décision querellée, note une fibromyalgie et un terrain d'arthrose précoce qui seraient extrêmement invalidants et responsables d'un handicap majeur dans la vie courante (TAF pce 7 annexe 37). Or, ces assertions, faute de spécifications et motivations quelconques, ne sauraient mettre en doute les constatations et conclusions du Dr E. _____.

La masseur-kinésithérapeute, Madame K._____, apporte plus de précisions. Dans son rapport du 16 octobre 2014 elle indique que l'assurée est limitée à gérer ses activités quotidiennes. Concrètement, elle ne pourrait pas rester debout ou assise de manière prolongée, le port de charges et le périmètre de la marche seraient restreints et les longs trajets en voiture, la montée et la descente du véhicule difficiles (AI pce 37 p. 3). Dans le questionnaire daté et signé le 28 novembre 2014, elle mentionne notamment que l'assurée n'est plus capable de faire la vaisselle à la main, de passer l'aspirateur, de faire les lits et de faire du jardinage mais que marcher plusieurs centaines de mètres serait possible la plupart du temps (AI pce 40). Dans son rapport du 8 décembre 2015, elle mentionne encore que les lombalgies ont réduit encore plus les capacités de déplacement de l'assurée (AI pce 61 p. 2) sans précision s'il s'agit des déplacements à pied et/ou en voiture. Le TAF constate alors qu'à part la limitation de marche mentionnée, relativisée quelque peu par le questionnaire du 28 novembre 2014, les observations de la thérapeute rejoignent celles du Dr E._____ qui a notamment spécifié que l'assurée était limitée dans l'accomplissement des travaux lourds et au-dessus des épaules – tels faire les lits, passer l'aspirateur et faire du jardinage – et qu'elle devait changer ses positions toutes les 30 minutes au moins. Dès lors, les remarques de Madame K._____ ne mettent pas en doute les conclusions de l'expert, étant de plus remarqué qu'il existe un grand nombre de travaux adaptés qui n'exigent pas la marche à pied de longue durée.

10.6.3 La recourante critique encore l'expertise du Dr E._____ pour la raison qu'elle a été menée en allemand. Selon elle, l'expert n'aurait alors pas compris que ses anciennes activités professionnelles demandaient des efforts physiques lourds qu'elle ne serait plus en mesure d'accomplir. Or l'expert a expressément attesté que depuis le 11 juin 2013 l'assurée ne pouvait plus poursuivre ses anciennes activités parce qu'elles étaient trop physiques. Le grief de la recourante s'avère ainsi infondé et il est superflu d'examiner s'il est également tardif ce que l'OAIE soutient compte tenu de la jurisprudence qui se base sur le principe de la bonne foi selon lequel la partie qui se prévaut par exemple d'un cas de récusation doit le faire valoir dès qu'elle en a connaissance, c'est-à-dire sans attendre l'issue de la cause (cf. ATF 132 V 93 consid. 7.4.2, 120 la 19 consid. 2c/aa; arrêt du TF 9C_519/2011 du 5 avril 2012 consid. 3.1; JACQUES DUBEY/JEAN-BAPTISTE ZUFFREY, Droit administratif général, 2014, ch. 2027; STEPHAN BREITENMOSE/MARION SPORI FEDAIL, VwVG, Praxiskommentar, 2009, art. 10 n° 98).

10.6.4 En conclusion, le TAF retient qu'en raison des troubles rhumatologiques objectivables, l'assurée ne peut plus exercer, dès le 13 juin 2013, son ancienne activité professionnelle qui est physiquement lourde. Dans une activité adaptée aux limitations, à savoir dans une activité de substitution légère qui ne comporte qu'occasionnellement la levée de charges moyennes, qui n'implique pas de travaux monotones et répétitifs ainsi que les travaux au-dessus des épaules et permet de positions de travail variées, l'assurée peut cependant travailler à plein temps sans réduction de rendement depuis le 13 juin 2013.

10.7

10.7.1 S'agissant des troubles psychiatriques de l'assurée, il est précisé à titre initial que le rapport d'expertise du 29 juillet 2015 du Dr D. _____ a été rédigé peu après le changement de la jurisprudence intervenu le 3 juin 2015 s'agissant de l'appréciation des troubles douloureux somatoformes et de la fibromyalgie et avant le 30 novembre 2017 concernant l'évaluation des troubles psychiatriques en général (cf. consid. 7.2.3 à 7.3 ci-dessus). Il sied alors d'examiner si compte tenu du cas particulier et des griefs soulevés, les documents versés au dossier permettent une appréciation convaincante selon la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 8.3.3). Il est notamment rappelé que les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques doivent être évaluées d'une façon ouverte et dans le cadre d'une appréciation globale, compte tenu des facteurs d'incapacité d'une part et des ressources de l'assuré d'autre part, présents dans tous les domaines de la vie (cf. consid. 7.2.4 ci-dessus).

10.7.2 Le Dr D. _____ a fait état dans son rapport d'un épisode dépressif (AI pce 47.1 pp. 12 s.), ayant relevé une humeur triste, de l'irritabilité, une certaine agressivité, une énergie réduite, une fatigue fréquente, un trouble de sommeil en raison des douleurs, des oublis, un retrait social, un appétit modéré, une confiance de soi réduite et des pensées de suicide (AI pce 47.1 pp. 4 ss et 12 s.). L'expert a également pu expliquer l'origine de la souffrance, à savoir les douleurs constantes, l'incapacité de travail – l'assurée ayant en effet remarqué à plusieurs reprises qu'elle aimait beaucoup travailler (pp. 4, 5 et 11 du rapport) – et l'hyperthyroïdie diagnostiquée (cf. aussi les rapports des Drs P. _____ et Q. _____ des 10 avril et 28 octobre 2015 [AI pce 73 p. 47 et 50]). L'expert a ensuite déterminé le degré de l'épisode dépressif, prenant notamment en compte l'énergie de l'assurée, son humeur, ses capacités de se concentrer, se réjouir et s'intéresser, tels qu'observés lors de l'examen clinique ainsi que des éléments relayés par l'assurée, touchant sa vie en général, tels la

vision des émissions télévisées et la conduite de sa voiture pour aller aux rendez-vous chez sa psychiatre (pp. 4 ss). Le Dr D. _____ a alors conclu que l'épisode dépressif était léger (F32; pp. 12 s.).

L'expert a aussi retenu comme diagnostic un syndrome douloureux somatoforme persistant avec des composantes physique et psychique (AI pce 47.1 p. 13). Il a expliqué que l'assurée présentait au vu des rapports médicaux somatiques des douleurs permanentes d'intensités variées au niveau des articulations (à part le genou droit) et de la musculature. En outre, il a considéré que l'assurée souffrait de troubles physiques attestés mais aussi d'une charge psychique suffisamment grave qui pouvait être mise en relation avec ses douleurs. En effet, il explique que l'assurée a appris en 2012 que sa fille a été violée ce qui a également modifié sa relation avec sa fille, cette relation étant devenue par moment plus conflictuelle.

10.7.3 Le Dr D. _____ s'est ensuite prononcé sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée.

L'expert a estimé que l'assurée présentait depuis septembre 2014 une incapacité de travail de 15% en raison de l'épisode dépressif léger (AI pce 47.1 p. 14). Il a expliqué que l'assurée a débuté ses consultations psychiatriques en septembre 2014 alors qu'elle souffrait de pleurer sans raisons d'une façon intermittente et qu'elle présentait des troubles psychiques (pp. 5 s., 8 s. et 13).

Concernant le trouble douloureux somatoforme persistant, l'expert a estimé que l'assurée ne présentait à aucun moment une incapacité de travail quelconque. Il a expliqué que l'assurée ne souffrait pas d'un retrait social dans toutes les manifestations de la vie, qu'il n'y avait pas une comorbidité psychiatrique importante et que l'hyperthyroïdie pouvait être traitée et qu'il n'y avait pas de résistance au traitement des conflits à la base des atteintes (psychiques), l'assurée ne consultant sa psychiatre que depuis septembre 2014 ce qui a permis une certaine amélioration de son état qui n'est toutefois pas encore déterminante. L'expert a encore remarqué qu'il a pu constater une certaine tendance à la dramatisation et à une « mise en évidence » (Verdeutlichung), ayant constaté une divergence entre l'intensité des douleurs indiquées par l'assurée d'une part et les éléments observés lors de l'examen clinique et le traitement antalgique suivi par l'assurée d'autre part (AI pce 47.1 pp. 13 et 14).

L'expert a aussi effectué une évaluation selon la Mini CIF-TAPP qui permet une appréciation des capacités d'une personne dans 13 domaines prédéfinis qui sont les suivants : 1. adaptation aux règles et routines, 2. planification et structuration des tâches, 3. flexibilité et capacités d'adaptation, 4. usage des compétences spécifiques, 5. capacité de jugement et de prise de décision, 6. capacité d'endurance, 7. aptitude à s'affirmer, 8. aptitude à établir les relations avec autrui, 9. aptitude à évoluer au sein d'un groupe, 10. aptitude à entretenir des relations proches, 11. aptitude à des activités spontanées, 12. hygiène et soins corporels, 13. aptitude à se déplacer (cf. Atelier CIF et expertise psychiatrique du 27 octobre 2016, document rédigé par le Dr Fauchère, consulté sur internet le 4 décembre 2018). Le Dr D. _____ a alors constaté que les capacités et aptitudes de l'assurée n'étaient que légèrement restreintes dans 5 domaines, soit au niveau de la flexibilité et de la capacité d'adaptation, de la capacité d'endurance, de l'aptitude à s'affirmer, à établir des relations avec autrui et à évoluer au sein d'un groupe. L'expert a, en outre, remarqué que l'assurée disposait également de ressources, ayant des intérêts divers vu qu'elle aimait regarder des documentaires et émissions historiques et animaliers, et qu'elle disposait de stratégies d'adaptation (stratégie de « coping »), ayant pu se présenter à l'expertise d'une façon adéquate. Le Dr D. _____ a alors conclu que l'assurée pouvait s'appuyer sur ces capacités, ressources et stratégies d'adaptation lors de l'exercice d'une activité professionnelle (AI pce 47.1 pp. 14 s.).

L'expert a encore remarqué que les mesures médicales étaient adéquates, l'assurée suivant des séances psychothérapeutiques tous les 15 jours ainsi qu'un traitement médicamenteux (p. 15) bien qu'elle ait adapté celui-ci récemment parce qu'elle souffrait d'une énergie réduite et d'une fatigue (pp. 12 s.). Le Dr D. _____ a, de plus, noté qu'à moyen terme, les plaintes dépressives pouvaient s'améliorer d'une certaine mesure si ces mesures étaient poursuivies.

Enfin, le Dr D. _____ a précisé qu'une incapacité de travail totale telle que défendue par l'assurée ne peut pas être attestée d'un point de vue psychiatrique mais que le pronostic est incertain, l'assurée s'estimant totalement incapable à travailler. Dans cette situation, il a également remarqué que des mesures professionnelles n'étaient pas judicieuses (AI pce 47.1 p. 15).

10.7.4 Au vu de ce qui précède, le TAF peut suivre l'expert s'agissant l'épisode dépressif léger.

En effet, compte tenu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. consid. 7.3), le Tribunal de céans ne saurait suivre l'autorité inférieure qui prétend, se basant sur l'ancienne jurisprudence, que l'épisode dépressif léger ne peut pas être invalidant.

Le TAF constate alors que l'expert a posé le diagnostic dans le respect des éléments objectifs et pertinents et qu'il a pu déterminer les origines du trouble d'une façon convaincante. Le Dr D. _____ a ensuite tenu compte des facteurs d'incapacité concernant notamment l'énergie, l'humeur, la capacité de concentration, la capacité de se réjouir et de s'intéresser de l'assurée et a conclu, d'une manière compréhensible, que le degré de l'épisode dépressif était léger (cf. indicateur 1.1.1 relatif à la gravité de l'atteinte; consid. 7.2.4 ci-dessus). L'expert a également attesté que l'assurée suivait un traitement adéquat depuis septembre 2014 – contrairement à ce que semble prétendre l'OAI – ce qui est tant un indicateur de la gravité de l'atteinte (cf. indicateur 1.1.2) que du poids de la souffrance ressentie par l'assurée (indicateur 2.2). L'expert a ensuite, de plus, considéré que l'assurée disposait des ressources, capacités et stratégies d'adaptation différentes. Le TAF remarque encore qu'il ressort du rapport d'expertise que les limitations de l'assurée se présentaient d'une manière uniforme dans tous les domaines de la vie, l'assurée ayant notamment abandonné certains hobbies – le sport et les voyages – et a réduit ses contacts sociaux avec ses anciennes collègues (AI pce 47.1 pp. 7 s.; indicateur 2.1).

Au vu de ces facteurs d'incapacité qui sont confirmés par les critères de la cohérence (cf. indicateur 2) et compte tenu des ressources de l'assurée constatées, l'incapacité de travail de 15% attestée par le Dr D. _____ paraît convaincante. De plus, peu élevée, elle correspond au degré léger de l'épisode dépressif observé. Enfin, le TAF constate que l'expert n'a relevé aucune « mise en évidence » (Verdeutlichung), exagération ou simulation (sur ces termes voir consid. 10.7.5 ci-dessous) de la part de l'assurée concernant son trouble dépressif et qu'il n'y a donc pas de motif de réduction ou d'exclusion de sa valeur invalidante.

Le début de l'atteinte et de l'incapacité de travail fixé à septembre 2014 est également motivé par l'expert d'une façon convaincante, l'assurée ayant commencé un traitement de psychothérapie chez la Dresse M. _____ le 29 septembre 2014 (cf. AI pce 73 p. 51) alors qu'elle souffrait de troubles

dépressifs que, du reste, ce médecin traitant qui a retenu un état anxio-dépressif a également relatés dans ses différents rapports (AI pces 60 p. 2, 73 p. 51, TAF pce 7 annexe 36).

Le TAF constate donc que l'appréciation motivée du Dr D. _____, basée sur un examen approfondi (cf. consid. 10.5 ci-dessus) et cohérente et convaincante et qu'elle répond aux critères de la nouvelle jurisprudence.

En conclusion, le TAF retient qu'il est établi selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 8.4) que l'assurée présentait depuis septembre 2014 jusqu'au 29 juillet 2015 au moins, lorsque le rapport d'expertise a été finalisé, un épisode dépressif léger qui a limité sa capacité de travail de 15%.

10.7.5 Concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant le TAF constate ce qui suit :

Dans un premier temps, il note que l'expert a observé les critères diagnostics pertinents et a tenu compte de la gravité inhérente de l'atteinte (indicateur 1.1.1). Ainsi, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse est remplie – l'assurée a notamment avancé que c'était difficile pour elle de vivre avec ses douleurs intenses et que ceci pesait sur son humeur (AI pce 47.1 p. 4; cf. aussi ANNE-SYLVIE DUPONT, Un point d'actualité en droit des assurances sociales : le trouble somatoforme (moins) douloureux ?, Annales SDRCA 2015, p. 81). De plus, l'expert a remarqué que le trouble est survenu dans un contexte de conflits émotionnels – le viol de la fille de l'assurée et le changement de relation avec sa fille – qui peut jouer un rôle principal pour le début, le degré de la gravité, l'exacerbation et le maintien des douleurs (ANNE-SYLVIE DUPONT, Le trouble somatoforme : un peu plus douloureux ? Plaidoyer 2016 p. 20; THOMAS GÄCHTER/MICHAEL E. MEIER, Einordnung von BGE 141 V 281 aus rechtswissenschaftlicher Sicht, REAS 4/2015 pp. 435 ss). Du reste, il est rappelé que le diagnostic, confirmé par les médecins traitants qui ont aussi posé le diagnostic de fibromyalgie similaire (cf. consid. 10.1 ci-dessus), n'est pas litigieux (consid. 10.2).

S'agissant des autres facteurs relevant du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte (indicateur 1), le TAF remarque que le Dr D. _____ a tenu compte des différentes capacités et ressources résiduelles de l'assurée qui lui permettent de faire face à son atteinte et ne justifient pas, cas échéant, d'incapacités de travail. Ainsi, l'expert a considéré que l'assurée ne présentait pas un retrait social dans toutes les manifestations de la vie

(cf. indicateur 1.3; voir aussi indicateur 2.1), que l'assurée ne souffrait pas d'une comorbidité psychiatrique importante (cf. indicateur 1.1.4) et qu'il n'y avait pas (encore) de résistance au traitement des conflits à la base des atteintes (psychiques; indicateur 1.1.2). L'expert a aussi remarqué que l'assurée pouvait s'appuyer sur des capacités, ressources, et stratégies d'adaptation spécifiques lors de l'exercice d'une activité professionnelle. Enfin, l'expert a remarqué qu'il a pu constater une certaine tendance à la dramatisation et à une « mise en évidence » (Verdeutlichung; AI pce 47.1 pp. 13 et 14). Toutes ces constatations sont pertinentes et doivent être prises en considération pour déterminer le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte (indicateur 1) tout comme, du reste, le fait que l'assurée n'était pas disposée à suivre une réinsertion professionnelle (indicateur 1.1.3; AI pce 47.1 p. 15; cf. aussi communication de l'OAI du 20 février 2014 [AI pce 21]) pour autant que celle-ci était effectivement exigible.

Toutefois, s'agissant de la tendance à la dramatisation et à une « mise en évidence » (Verdeutlichung) soulevée par l'expert, le TAF tient à préciser que le Dr D. _____ – tout comme d'ailleurs le Dr E. _____ – n'a pas constaté de simulation de la part de l'assurée qui aurait pu enlever à l'atteinte toute valeur invalidante. En outre, il appert des directives pour l'expertise médicosociale de l'assurance de rente allemande (Leitlinien für sozialmedizinische Begutachtung der deutschen Rentenversicherung, p. 53) que la « Verdeutlichung » (« mise en évidence » ou « clarification ») n'est qu'une forme légère de réponses biaisées données par l'expertisé. Elles tendent à mettre en évidence les plaintes et symptômes afin de persuader l'expert de l'atteinte et elles ne sont pas entièrement soumises à un contrôle conscient. De plus, selon l'assurance de rente allemande, les tendances de clarification sont rencontrées plus souvent que l'aggravation (en français aussi exagération) qui conformément aux lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) – qui ne connaît pas le terme de la « Verdeutlichung » – est une exagération volontaire d'un trouble existant, présenté comme plus grave ou plus intense qu'il n'est en réalité, dans le but d'en tirer des avantages (matériels; p. 47; définition similaire par l'assurance de rente allemande, p. 53). Cependant, les directives de l'assurance de rente allemande précisent également qu'il n'est pas toujours facile de distinguer clairement la « mise en évidence » de l'aggravation (p. 53). Cela étant, en l'occurrence, le TAF retient que la tendance à la dramatisation et à une « mise en évidence » des douleurs et limitations par l'assurée n'impliquent pas que son trouble est dépourvu de tout caractère invalidant.

En outre, le TAF remarque que les manques d'un retrait social dans toutes les manifestations de la vie, d'une comorbidité psychiatrique importante et d'une résistance au traitement, avancés par l'expert, ne constituent selon la nouvelle jurisprudence plus que des indicateurs parmi d'autres – dont ceux concernant les facteurs d'incapacité – et que l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante ne joue plus de rôle prédominant (cf. consid. 7.2.3 s. ci-dessus).

Plus encore, le TAF constate qu'à l'encontre de la nouvelle jurisprudence, l'expert a omis de tenir compte des facteurs d'incapacité et que, partant, il n'a pas procédé à un examen ouvert et global de l'atteinte de l'assurée (cf. consid. 7.2.4 ci-dessus), lui permettant de se prononcer valablement sur le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte (indicateur 1). En tant qu'éléments d'incapacité, il ressort à titre d'exemple du rapport d'expertise du Dr D. _____ – mais aussi du rapport du Dr E. _____ – que les douleurs sont alléguées par l'assurée d'une façon précise et cohérente (AI pce 51.1 pp. 20 et 21), que l'origine du trouble est grave et fondé tant sur des facteurs somatiques que psychiatriques (AI pce 47.1 p. 13) qui peuvent jouer un rôle principal aussi pour le maintien des douleurs (ANNE-SYLVIE DUPONT, Plaidoyer 2016 cité, p. 20) et que l'assurée se plaint d'une fatigue et d'un manque de sommeil en raison des douleurs (AI pce 47.1 pp. 8, AI pce 51.1 p. 13; indicateur 1.1.1). En outre, le TAF remarque que si la comorbidité psychiatrique n'est pas importante, elle doit néanmoins être prise en considération (indicateur 1.1.4) tout comme les troubles somatiques, les douleurs et la fatigue de l'assurée conformément aux lignes directrices de qualité des expertises de psychiatrie d'assurance de la SSPP (cf. Annexe 3, Evaluation du pronostic et de la sévérité des troubles du point de vue de la psychiatrie d'assurance, p. 31) ; en effet, la diversité et l'ampleur des troubles sont des indices de sévérité de l'atteinte (cf. l'annexe 3 des lignes directrices de la SSPP citée, p. 31) et il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence des différentes pathologies les unes sur les autres (cf. ANNE-SYLVIE DUPONT, Annales SDRCA 2015 cité, p. 83). De surcroît, le TAF constate qu'il apparaît du dossier que l'assurée ne suit pas seulement un traitement psychiatrique adéquat (AI pce 47.1 p. 15) mais qu'elle est également suivie régulièrement au niveau rhumatologique par le Dr C. _____ (AI pces 20 p. 1, 66 pp. 4 s., TAF pce 7 annexes 9 et 37) et au niveau de la douleur par les Drs I. _____ et N. _____ (AI pces 31 pp. 8 et 10, 62 p. 2 et 73 p. 48) qui ont aussi prescrit de la kinésithérapie qui vise avant tout à soulager les douleurs (AI pces 31 p. 5, 37 p. 3, 61 p. 2, TAF pce 7 annexe 38). Ainsi, l'assurée suit un traitement multimodale – tel que conseillé pour la fibromyalgie par les directives de l'assurance de rente allemande citées

(p. 124) – et sa poursuite a été recommandée par le Dr E. _____ (AI pce 51.1 p. 21). Cet expert a également constaté que le problème douloureux avait malgré tout évolué d'une façon chronique et négative et que, cas échéant, un traitement ambulatoire – tel que prévu dans un premier temps (cf. AI pce 21) – devait être envisagé (AI pce 51.1 p. 21). Cette prise en charge multimodale adéquate constitue non seulement un indicateur pour la gravité de l'atteinte (indicateur 1.1.2) mais aussi un indicateur du poids de la souffrance de l'assurée (indicateur 2.2) ; le fait que l'évolution a nonobstant été négative – au moins dans un premier temps – est un autre indicateur pour la gravité de l'atteinte (indicateur 1.1.2). S'agissant des indicateurs de la cohérence, le TAF note encore que les limitations de l'assurée se présentent, tout comme pour l'épisode dépressif déjà, de manière uniforme dans tous les domaines de la vie (indicateur 2.1). S'agissant de l'indicateur du poids de la souffrance de l'assurée (indicateur 2.2), il sied, en outre, de relever que celle-ci souffre du fait de devoir vivre avec ses douleurs intenses ce qui pèse, d'une manière compréhensible et cohérente, aussi sur son humeur (AI pce 47.1 p. 4). Plus encore, l'assurée a remarqué dans le cadre de la présente procédure (TAF pce 7) qu'elle a dû déclarer sa faillite personnelle suite à ses incapacités de travail et à la perte de salaire subséquente. De surcroît, pour des raisons de santé elle pensait devoir vendre son appartement alors qu'elle avait été très fière de pouvoir l'acheter. Ces éléments qui font état d'un certain effondrement social de l'assurée illustrent le poids de sa souffrance (indicateur 2.2) et peuvent être pris en compte en tant qu'indicateur de la cohérence (indicateur 2). Contrairement à ce que soutient l'autorité inférieure, ces éléments ne constituent pas de facteurs psychosociaux ou socioculturels, à la base des atteintes de l'assurée (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a; arrêt du TF 9C_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4.1 et 5.1), mais sont leurs conséquences.

En conclusion, le TAF remarque que l'appréciation du Dr D. _____ n'a pas été suffisamment approfondie et ne permet pas de se prononcer sur la gravité objective de l'atteinte de l'assurée selon le degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 8.4). Dans cette situation, le TAF ne peut pas confirmer que l'assurée ne présente aucune incapacité de travail en lien avec son trouble douloureux somatoforme. Au contraire, au vu des nombreux facteurs d'incapacité ressortant du dossier, confirmés par les indicateurs de la cohérence, le TAF constate, au moins en l'état, qu'il n'est pas convaincant que l'assurée n'a présenté à aucun moment une incapacité de travail quelconque en lien avec ce trouble.

10.7.6 Les autres rapports se trouvant dans le dossier ne permettent pas non plus de se déterminer définitivement sur la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Le rapport médical détaillé E 213 du Dr F. _____ (AI pce 73 pp. 3 à 14), attestant une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle, ainsi que les rapports des différents médecins traitants ne bénéficient pas de la valeur probante, étant trop succincts et ne contenant pas un examen et une motivation suffisante au sens de la jurisprudence.

En outre, à juste titre, l'autorité inférieure remarque que les descriptions personnelles et subjectives de l'assurée s'agissant de ses douleurs et limitations ne sont pas non plus pertinentes aussi longtemps qu'elles ne sont pas confirmées par des constats médicaux répondant aux exigences jurisprudentielles. Dès lors, le TAF ne saurait pas non plus s'y fonder exclusivement.

10.8 Enfin, par souci de complétude, le TAF tient à préciser que les autres atteintes à la santé dont l'assurée souffre – la lésion non significative interventriculaire, l'hyperthyroïdie, le syndrome d'apnée obstructive du sommeil, les migraines et céphalées – ne peuvent pas être invalidantes au sens de la loi, ne créant pas d'incapacités de travail importantes et de longues durées.

Il est, en outre, rappelé à l'attention de l'assurée qu'elle ne saurait tirer aucun argument en sa faveur du fait qu'elle touche dès le 7 janvier 2016 une rente d'invalidité française et d'autres prestations encore en France (AI pce 71 p. 2). En effet, le droit de la recourante à une rente d'invalidité suisse est déterminé d'après les dispositions légales suisses (cf. aussi consid. 3.2 ci-dessus). L'OAIE peut alors s'écarter des décisions des assurances étrangères.

Il est également précisé qu'en Suisse, l'invalidité se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire de l'incapacité à travailler dans sa profession habituelle. Si la personne assurée est en mesure d'exercer une autre activité raisonnablement exigible sans subir une perte de gain importante, elle n'est pas réputée invalide au sens de la loi (cf. art. 6 LPG; consid. 6.2 ci-dessus).

Plus encore, selon un principe général valable en assurances sociales, la personne assurée a l'obligation de diminuer le dommage et doit entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son

invalidité (cf. art. 7 LAI; notamment : ATF 138 V 457 consid. 3.2; ULRICH MEYER BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse, Berne 1985, p. 131). Cette obligation implique notamment que l'on peut exiger de la part de la personne assurée qu'elle accepte une activité professionnelle adaptée à son état de santé (cf. art. 6 LPGA cité) et qu'elle s'intègre de son propre chef dans le marché du travail, (à titre d'exemple : arrêt du TF 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.3.1; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et références), cas échéant, près de son domicile ou en se rapprochant de son lieu de travail. A juste titre, l'Office cantonal a en outre relevé que la différence de salaires entre la Suisse et la France ne présente pas non plus un élément invalidant et que la comparaison des revenus, permettant de déterminer le taux d'invalidité, doit être pratiquée sur le même marché du travail, les salaires et le coût de la vie n'étant pas les mêmes d'un pays à l'autre et ne permettant ainsi pas une comparaison objective des revenus en question (ATF 110 V 273 consid. 4b; notamment : arrêts du TF 8C_300/2015 du 10 novembre 2015 consid. 7.1, 8C_1043/2009 du 15 avril 2010 consid. 4.2, I 396/05 du 15 juin 2006 consid. 6.2).

10.9 En conclusion, le TAF note qu'il est établi au 22 août 2016 (cf. consid. 3.1) qu'en raison des seuls troubles rhumatologiques objectivables, l'assurée ne peut plus exercer, dès le 13 juin 2013, son ancienne activité professionnelle ainsi que toute activité qui est physiquement lourde. Par contre dans une activité adaptée aux limitations somatiques, elle présente une capacité résiduelle de travail entière (cf. consid. 10.6.4). Sur le plan psychiatrique, il est établi que l'assurée souffre d'un trouble dépressif léger qui diminue sa capacité de travail dès septembre 2014 de 15% (cf. consid. 10.7.4). L'assurée souffre également d'un trouble douloureux somatoforme persistant – respectivement d'une fibromyalgie – dont les répercussions sur sa capacité de travail n'ont cependant pas encore été établies selon le degré de la vraisemblance prépondérante (consid. 10.7.5).

11.

Eu égard à ce qui précède, il sied d'admettre partiellement le recours et d'annuler la décision attaquée. En application de l'art. 61 al. 1 PA, l'affaire est renvoyée à l'OAIE afin qu'il procède à des instructions complémentaires. Le renvoi est indiqué en l'espèce bien qu'il doive rester exceptionnel compte tenu de l'exigence de la célérité de la procédure (cf. art. 29 de la Constitution fédérale [Cst., RS 101]; arrêt du TF 8C_633/2014 du 11 décembre 2014 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a précisé dans sa jurisprudence que le renvoi de l'affaire à l'autorité inférieure

pour nouvelle instruction est notamment justifié lorsqu'il s'agit d'enquêter sur une situation de fait qui n'a pas encore fait l'objet d'un examen complet (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; arrêt du TF 8C_633/2014 cité consid. 3.2 et 3.3). Or en l'espèce, l'Office AI a omis d'instruire l'état de santé de l'assurée et ses répercussions sur sa capacité de travail d'une manière suffisante. L'administration doit notamment demander une nouvelle expertise psychiatrique, l'assurée s'étant d'ailleurs déclarée expressément d'accord à se soumettre à une nouvelle expertise (TAF pce 1). Cette expertise devra faire état, au sens de la nouvelle jurisprudence (cf. consid. 7.2.3 ss), d'une étude circonstanciée de l'état de santé de l'assuré et de ses répercussions sur sa capacité de travail également compte tenu de l'évolution intervenue depuis le dernier rapport du 29 juillet 2015, étant rappelé que l'assurée a admis le 21 septembre 2017 au plus tard qu'elle ne contestait pas pouvoir retravailler (à temps partiel et à titre thérapeutique) dans une activité adaptée (consid. 10.3). L'Office concerné doit par ailleurs actualiser le dossier médical entier à la date de la nouvelle décision à rendre (cf. arrêts du TF 9C_288/2010 du 22 décembre 2010 consid. 4.1, 9C_149/2009 du 14 juillet 2009 consid. 4.4). L'OAIE rendra ensuite une nouvelle décision.

12.

12.1 Il n'est pas perçu de frais de procédure. Suite au renvoi de l'affaire pour complément d'instruction et nouvelle décision, la recourante a obtenu gain de cause (cf. ATF 132 V 215 consid. 6.2) et, à ce titre, elle ne doit pas participer aux frais de procédure conformément à l'art. 63 al. 1 PA. L'avance de frais de 839.85 francs, versée par la recourante (cf. notamment TAF pce 9), lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

L'OAIE, en tant qu'autorité, ne doit pas non plus participer aux frais de procédure (cf. art. 63 al. 2 PA).

12.2 Il n'est pas alloué de dépens. En effet, bien que la recourant ait obtenu gain de cause (cf. ci-dessus), elle a agi sans représentation professionnelle et n'a pas dû supporter des frais élevés (cf. art. 64 al. 1 PA et art. 7 ss du règlement concernant les frais, dépens et indemnités fixés par le Tribunal administratif fédéral [FITAF, RS 173.320.2]).

Par ces motifs, le Tribunal administratif fédéral prononce :

1.

Le recours est admis partiellement et la décision du 22 août 2016 annulée.

2.

L'affaire est renvoyée à l'OAIE pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

3.

Il n'est pas perçu de frais de procédure. L'avance de frais de 839.85 francs, versée par la recourante, lui est restituée dès l'entrée en force du présent arrêt.

4.

Il n'est pas alloué de dépens.

5.

Le présent arrêt est adressé :

- à la recourante (Recommandé avec accusé de réception)
- à l'autorité inférieure (n° de réf. ...; Recommandé; annexe : copie de la prise de position de l'assurée du 21 septembre 2017)
- à l'Office fédéral des assurances sociales (Recommandé)

L'indication des voies de droit se trouve à la page suivante.

La présidente du collège :

La greffière :

Madeleine Hirsig-Vouilloz

Barbara Scherer

Indication des voies de droit :

Pour autant que les conditions au sens des art. 82 ss, 90 ss et 100 ss de la loi sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110) soient remplies, la présente décision peut être attaquée devant le Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, CH-6004 Lucerne, Suisse par la voie du recours en matière de droit public, dans les trente jours qui suivent la notification. Le mémoire indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve, et être signé. La décision attaquée et les moyens de preuve doivent être joints au mémoire, pour autant qu'ils soient en mains du recourant (art. 42 LTF).

Expédition :